

ANTRAG

Gewährung von Pflegegeld an Schwerbehinderte nach dem Landespflegegeldgesetz und Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindenGG)

Name (und Geburtsname), Vorname	Geburtsdatum
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend	Geburtsort
Wohnort, Straße	seit wann
Aufenthaltsverhältnisse:	
<input type="checkbox"/> Gesetzl. Vertreter Name, Anschrift <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer	Wirkungskreis (Bestallung beifügen)

Folgende Behinderungen werden geltend gemacht:

<input type="checkbox"/> ① Verlust beider Beine im Oberschenkel; eine prothetische Versorgung ist nicht möglich bzw. es liegt eine weitere wesentliche Behinderung vor.	<input type="checkbox"/> ⑤ Hirnschädigungen mit schweren körperlichen und schweren geistigen oder seelischen Störungen und Gebrauchsbehinderungen mehrerer Gliedmaßen.
<input type="checkbox"/> ② Verlust beider Hände (Ohnhänder).	<input type="checkbox"/> ⑥ Schwere geistige oder seelische Behinderungen bei Personen, die wegen dauernder und außergewöhnlicher motorischer Unruhe ständiger Aufsicht bedürfen.
<input type="checkbox"/> ③ Verlust dreier Gliedmaßen.	<input type="checkbox"/> ⑦ Ein dauerndes Krankenlager erfordernder Leidenszustand oder außergewöhnliche Pflegebedürftigkeit (die mit einer Behinderung nach den Nrn. 1 - 6 vergleichbar sind).
<input type="checkbox"/> ④ Lähmungen oder sonstige Bewegungsbehinderungen, wenn diese Behinderungen denjenigen der in den Nr. 1 - 3 genannten gleichkommen.	<input type="checkbox"/> Blindheit bzw. Gleichstellung nach § 1 Landesblindengeldgesetz.

Ursache der Behinderung:

von Geburt Unfall Krankheit Kriegseinwirkung Impfschaden

Die Behinderung wurde bisher behandelt von: (bitte Arzt bzw. Krankenhaus angeben und ärztliche Bescheinigungen beifügen)

Wann:

Wird die Pflege durch eine besondere Pflegekraft oder eine Pflegeeinrichtung (z. B. Sozialstation) ausgeführt?

ja Name und Anschrift der Pflegeperson oder der Pflegeeinrichtung:

nein

Es wird folgende teilstationäre Einrichtung besucht:

Sonderkindergarten Sonderschule Werkstatt für Behinderte
 Tag- oder Nachtklinik sonstige Tagesbetreuungsstelle

Name der Einrichtung:

Anschrift:

Es werden folgende Pflegeleistungen bezogen (bitte Bescheid beifügen):

1. Pflegegeld der Krankenkasse .	€	5. Pflegezulage nach dem BEG	€
2. Häusliche Pflegehilfe als Sachleistungen (Krankenkasse)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	6. Pflegeleistungen nach versicherungsrechtlichen Vorschriften	€
3. Pflegezulage nach dem BVG und nebenrechtlicher Bestimmungen (z. B. Soldatenversorgungsgesetz)	€	7. Pflegeleistungen auf privatrechtlicher Grundlage (z. B. Versicherungen)	€
4. Pflegezulage nach dem LAG	€	8. Sonstige Pflegeleistungen	€
Gewährende Stellen (Ziff. angeben):		9. Besteht Anspruch auf Beihilfe nach den Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. Name und Anschrift der Beihilfestelle:

Falls noch ein weiterer Anspruch auf eine der o. g. Leistungen besteht:

Art des Anspruchs:	
Seit wann besteht der Anspruch?	
Gegen wen richtet sich der Anspruch	
Werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz bezogen? Ggf. bitte das hierfür zuständige Versorgungsamt und die Grundlistennummer angeben	
Name und Anschrift der Krankenkasse	
Zahlungen sollen auf folgendes Konto erfolgen:	
<p>Ich versichere, vorstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.</p> <p>Ich bin darauf hingewiesen worden, dass</p> <p>a) jede Änderung der Umstände, welche für die Gewährung des Pflegegeldes maßgebend sind, der Bewilligungsbehörde unverzüglich und unaufgefordert mitgeteilt werden muss. Dies gilt insbesondere für anrechenbare Pflegeleistungen oder die Aufnahme in Anstalten, Heimen und gleichartigen Einrichtungen sowie in teilstationären Einrichtungen;</p> <p>b) überzahlte Beträge zu erstatten sind, insbesondere wenn die nach Buchstabe a) genannte Mitteilungspflicht nicht beachtet wurde.</p> <p>Ich entbinde die behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.</p> <p>Ich ermächtige die Bewilligungsbehörde bei Inanspruchnahme einer besonderen Pflegekraft oder einer Pflegeeinrichtung das vereinbarte Pflegeentgelt vom bewilligten Landespflegegeld einzubehalten und auf Antrag an die besondere Pflegekraft oder die Pflegeeinrichtung (Anstellungsträger) unmittelbar auszuzahlen.</p>	
Ort, Datum	eigenhändige Unterschrift oder die des gesetzl. Vertreters
<p>Von der für den gewöhnlichen Aufenthalt des Antragstellers zuständigen Behörde auszufüllen:</p> <p>Vorstehende Personalangaben sind richtig.</p> <p>Der Schwerbehinderte hat seinen gewöhnlichen Aufenthalt in:</p>	
Behörde, Datum	Siegel, Unterschrift

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

zu Anträgen auf Gewährung von

Pflegegeld an Schwerbehinderte nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfIGG)

Pflegegeld nach §§ 64, 65 Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)

Name (auch Geburtsname), Vorname		Geburtsdatum	
Strasse, Haus-Nr.	PLZ	Wohnort	
Behandelnder Arzt		Tel.Nr.	
Diagnose			

1. a) Besteht dauerndes Krankenlager, d.h. kann Patient sich nur im Liegen oder Sitzen (Bett, Rollstuhl, Sessel oder Ähnliches) aufhalten ? ja nein
b) Sind Änderungen in der Liege- oder Sitzposition nur mit fremder Hilfe möglich ? ja nein
2. Besteht übergroßes Körpergewicht ? ja nein
3. Bestehen Liegegeschwüre oder andere geschwürige Hautdefekte, ggf. welcher Ausdehnung ? Kunstafter ? Urinabgang ? ja nein
4. Freier Stand und Gang gewährleistet ? ja nein
5. Kann sich der Patient innerhalb der Wohnung mit Unterstützung durch einen Stock oder eine Hilfsperson fortbewegen ? ja nein
6. Ist An- und Auskleiden selbsttätig möglich ? ja nein
7. Ist die kleine Körperpflege, wie waschen, rasieren, kämmen selbsttätig möglich ? ja nein
8. Ist Toilettenbenutzung, baden, alleine möglich ? ja nein
9. Bedarf der Patient bei der Nahrungseinnahme der Hilfe durch die Pflegeperson ? ja nein
10. Sind die Verrichtungen 6. bis 9. zwar alleine, aber nur unter ständiger Gängelung möglich ? ja nein
11. Urininkontinenz ? ja nein
12. Stuhlinkontinenz ? ja nein
13. Ist der Patient bewusstseinsklar und orientiert ? ja nein
14. Bestehen häufige Verwirrheitszustände mit Desorientiertheit ? ja nein
15. Bestehen erhebliche Antriebsstörungen ? ja nein
16. Ist der Patient aggressiv ? ja nein

bitte wenden !

17. Ist der Patient motorisch unruhig ? ja nein
18. Liegt ein krankhafter Bewegungsdrang mit zerstörerischem oder selbstgefährdendem Verhalten vor ? ja nein
19. Muss fremde Hilfe jederzeit bereitstehen ? ja nein
20. Kann der Patient vorübergehend alleine gelassen werden ? ja nein
21. Seit wann besteht dieser Zustand ? ja nein

Ort	Datum
-----	-------

(Unterschrift des behandelnden Arztes)

Name und Anschrift des Arztes

Ort

Datum

AUGEN-FACHÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

1. Personalien:

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Strasse, Haus-Nr.	PLZ	Wohnort	Landkreis

2. Blind im Sinne von § 1 Abs. 1 und 2 Landesblindengeldgesetz

2.1 Es liegt völlige Erblindung vor.

2.2 Die Sehschärfe beträgt auf dem besseren Auge nicht mehr als 1/50.

2.3 Die Sehschärfe beträgt auf dem besseren Auge mehr als 1/50, jedoch liegt eine nicht nur vorübergehende Störung des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vor, dass sie der Beeinträchtigung der Sehschärfe nach Nr. 2.2 (nicht mehr als 1/50) gleichzuachten ist.

3. Blindheit nach Nummer

3.1 ja nein Wenn ja, seit wann?

Ursache der völligen Erblindung:

3.2 ja nein

Bitte genaue Sehschärfe angeben !

Sehschärfe rechtes Auge: _____

Sehschärfe linkes Auge: _____

3.3 ja nein

4. Allgemeines

4.1

Genauere Bezeichnung des Augenleidens:
--

4.2 Seit wann besteht das Augenleiden ? _____

4.3

Welche Behandlungsmaßnahmen wurden bisher durchgeführt ?
--

4.4 Ist im normalen Lauf der Dinge eine Besserung des Augenleidens zu erwarten ?

ja nein Wenn ja :

4.5

a) welche Behandlungsmaßnahmen werden vorgeschlagen ?	b) wann ist eine Nachuntersuchung erforderlich ?
Besondere Hinweise (z.B. für angezeigte sonstige Behandlung, für geeignete Erwerbsbefähigung, für den notwendigen Einsatz blindentechnischer Hilfsmittel und dergleichen):	